

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

1026

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Claude LEMAIRE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 10 Octobre 1930, à ORLÉANS (Loiret)

Présentée et soutenue publiquement le

LA CURE CHIRURGICALE
DE LA HERNIE INGUINALE
DU JEUNE ENFANT

Président : Monsieur FEVRE (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI^e

1961

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1961

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT DE MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Claude L E M A I R E
Né le 10 Octobre 1930 à Orléans (Loiret)

Externe des Hôpitaux de Paris

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

LA CURE CHIRURGICALE
DE LA HERNIE INGUINALE DU JEUNE ENFANT

--

Président : Monsieur FEVRE (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1961



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHEL (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L);

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon)	SICARD (A)
(Cochin)	QUENU (J)
(Hôtel-Dieu)	PATEL
(Saint-Antoine)	GOSSET (J)
(Salpêtrière)	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovascu- laire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin	BROUET
(Cochin	JUSTIN-BESANCON (L)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais	SOULIE (P)
(Pitié	DREYFUS (G)
(St-Antoine	KOURILSKY (R)
(Boucicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nu- trition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal	VARANGOT
obstétricales (Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités (ch. à t.pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ
Pathologie et thép.générales	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	PARROT
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	LEGER
Thérapeutique	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Anatomie	{ CABROL (C) COUINAUD (C) OLIVIER (G) GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr.s.ch.
Anatomie pathologique	{ BUSSER (F) GOUYGOU (Ch) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	{ VOURC'H (G) NEVOT (A) pr.s.ch.
Bactériologie	{ BARBIER (P) CHRISTOL (D) TOURNIER (P) DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	{ POLONOVSKI (J) m.conf. SCHAPIRA (G) pr.t.p.
Carcinologie	{ DENOIX (P) MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

MM.

Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) COUJARD (R) pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J) CORNET (A) BOYER (J) pr.s.ch. CORRE-HURST (Mme L) BASTIN (R) DUPONT (V) DEROBERT (L) pr.s.ch. HADENGUE (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M) ALBAHARY (C) LHERMITTE (F) GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) THOYER-ROZAT (J) BREGEAT (P) SARAUX (H) DUDET (R) RAMADIER (J) DEBAIN (J) BRUMPT (L.C) pr.s.ch. CHABAUD (A) BARCAT (J) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J) CHATELIN (C.L) DUBOST (Ch) DUBOST (Cl) FAUREL (J) FLABEAU (F) GERMAIN (A) LOYGUE (J) MERCADIER PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G) SCHNEIDER (J)
Histologie	
Hydrologie	
Hygiène	
Maladies infectieuses	
Médecine légale	
Médecine du travail	
Neurologie	
Obstétrique	
Ophthalmologie	
Orthopédie	
Oto-rhino-laryngologie	
Parasitologie	
Pathologie chirurgicale	
Pathologie exotique	

	MM.
Pathologie expérimentale	(CROSNIER (J)
	HARTMANN (L)
	LOEPER (J)
Pathologie expérimentale	(MAURICE (J)
	PLAS (F)
	RICHET (G)
	AUSSANNAIRE (M)
	BOUR (H)
	BOUVIER (J)
	BOUVRAIN (Y)
	BRICAIRE (H)
	BRISSAUD (H)
	BROCARD (H)
	BUGE (A)
	CASTAIGNE (P) m.conf.
Pathologie médicale	CATINAT (J)
	CONTAMIN (F)
	COURY (C)
	FREZAL (J)
	HOUSSET (E)
	LAROCHE (Cl)
	LESOBRE (R)
	MACREZ (C)
	NICK (J)
	PEQUIGNOT (H)m.conf.
	ROYER (P)
	WOLFROMM (R)
	JOSEPH (R)
Pédiatrie-Puériculture	MANDE (R)
	MOZZICONACCI (P)
	POLONOVSKI (C)
	ROSSIER (A)
Pharmacologie	LEVY (Melle J)pr.s.ch
	BOISSIER (J)
	LECHAT (P)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	GOUGEROT (L)m.conf.
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
	(CERNEA (F)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A)m.c.agr
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
Urologie	QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)		(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	Clinique	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)	obstétricale	(RAVINA (J)
	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P.
	(PADOVANI (P)	ophthalmol.	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique	
	(ROUX (M)	oto-rhino-	(MADURO (R)
Clinique médicale	(VERNE (J.M.)	laryng.	
	(HAGUENEAU (J)	Clinique	
	pr.s.ch.	pédiatrique	(LAPLANE (R)
	(DOMART (A)	et puéricul-	
	(PERRAULT (M)	ture	
	(RAMBERT (P)	Clinique	(BARUK (H)
	(THIEFFRY (S)	psychiatrique	
		Clinique	(KUSS (R)
		urologique	

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H)
	Melle CHAINTREUIL (G)
	Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Chers Parents

En témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance

A ma Soeur

Professeur Agrégé de l'Université
de Paris

Avec mes affectueux sentiments

A ma Famille

A tous mes Amis.

A Monsieur le Professeur M. FEVRE

Professeur de Clinique Chirurgicale
infantile et d'Orthopédie à la
Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de notre thèse.

Avec nos sentiments de
déférente gratitude.

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Professeur BOULIN
(in memoriam)

Monsieur le Professeur MERLE d'AUBIGNE

Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

Monsieur le Professeur Agrégé GRASSET

Monsieur le Docteur VELTI

Hommage respectueux

A Monsieur le Docteur Michel KLEIN

Assistant à la Maternité de la
Pitié

En remerciement de ses précieux
conseils et de son enseignement.

A Monsieur le Docteur Bernard de PARADES

Interne des Hôpitaux de Paris

dont la collaboration amicale
nous fut des plus précieuses.

A Messieurs les Membres de mon Jury de
thèse.

LA CURE CHIRURGICALE
DE LA HERNIE INGUINALE DU JEUNE ENFANT

-:-

INTRODUCTION

--

La hernie inguinale est généralement considérée comme la lésion congénitale la plus fréquemment observée par la chirurgie chez le nourrisson et le jeune enfant. Il existe des techniques chirurgicales qui corrigent de façon satisfaisante la hernie et qui dans le grande majorité des cas évitent sa récurrence in situ.

Mais le problème a été considéré sous un angle nouveau ces dernières années: la notion de la bilatéralité de la hernie inguinale du jeune enfant.

En pratique, le plus souvent la hernie se présente comme unilatérale, et la cure chirurgicale a lieu d'un seul côté. Mais l'exploration systématique de la région contralatérale, en apparence indemne, a fait constater avec une grande fréquence soit une véritable hernie inguinale cliniquement méconnue, soit au moins une insuffisance pariétale que GILBERT et CLATWORTHY retrouvent dans plus de 60 p. cent des cas. C'est pourquoi certains auteurs pensent que lors de la cure de la hernie reconnue, l'exploration de l'autre région inguinale doit être systématiquement entreprise.

Dans la littérature médicale récente, en particulier anglo-saxonne, une véritable controverse s'est instituée, pour savoir avec quelle fréquence réelle la hernie

inguinale du jeune enfant pouvait être considérée comme bilatérale, et, par voie de conséquence, si l'exploration systématique des deux régions inguinales était, ou non, justifiée.

Comme il s'agit le plus souvent de nourrissons de moins d'un an (dans 55 p. cent des cas de Mac LAUGHLIN et COE la hernie s'est constituée avant le douzième mois de la vie), il est bien évident que l'on aura tout intérêt à limiter les indications et l'importance de l'intervention. C'est pourquoi l'exploration bilatérale systématique a été sévèrement critiquée par certains, alors que pour d'autres, elle évite une seconde opération, faite ultérieurement, parfois d'urgence, en tous cas dans des conditions anatomocliniques généralement moins favorables. Le seul avantage de l'abstention serait pour eux qu'entre temps, l'enfant aura pris des années.

Par contre, en ignorant une possible hernie, ou des conditions qui déjà la favorisent, on s'expose à des complications d'étranglement et d'incarcération qui vont aggraver considérablement et la herniorraphie et les suites opératoires.

La hernie inguinale du jeune enfant pose donc une série de problèmes:

- le moment de l'intervention, s'il ne survient pas d'accidents aigus imposant l'opération d'urgence;
- la technique à adopter, et il en existe un grand nombre, tant du fait de la diversité même des hernies, que de la recherche d'une méthode évitant à coup sûr la récédive;
- enfin l'utilité ou l'inutilité de l'exploration contrélatérale, position très contro-

versée, comme nous allons le voir.

o

Après avoir cité quelques noms, quelques dates, quelques faits, qui jalonnent l'histoire de la hernie inguinale du nourrisson et son traitement chirurgical, nous envisagerons les circonstances étiologiques dans lesquelles la hernie se produit :

- âge du nourrisson, surtout avant la fin de la première année;
- sexe, surtout masculin;
- localisation, et notion de bilatéralité.

Nous envisagerons enfin la conduite à tenir et les diverses techniques qui ont été proposées en mentionnant en regard les résultats qu'elles ont permis d'atteindre.

HISTORIQUE

-:-

La hernie inguinale n'a longtemps connu qu'une seule technique chirurgicale, considérée comme le procédé de choix:

- l'opération mise au point et décrite par BASSINI en 1889.

Le principe en est la reconstruction de la paroi postérieure du canal inguinal à l'aide de la suture du bord inférieur du petit muscle oblique et transverse.

Mais opérer un nourrisson était alors considéré comme un acte de grande audace, étant donné les techniques d'anesthésie et de réanimation, les premières primitives, les secondes inexistantes. De plus, ce type de cure chirurgicale n'était pas exempt de critiques, puisqu'on estimait à 15 ou 20 p. cent la fréquence des récidives.

Le développement et l'extension de la chirurgie, des acquisitions faites dans le domaine de la chirurgie, ont montré que si l'opération de BASSINI représentait un progrès certain, non seulement elle permettait des récidives, mais encore elle ne donnait de résultats satisfaisants que lorsque l'arcade crurale était intacte. Dans les formes anciennes ou récidivantes ou irréductibles, l'arcade est détruite et d'autres procédés ont dû être envisagés.

Nous ne les mentionnerons que dans la mesure où ils sont applicables à l'enfant et au nourrisson.

HESSERT en 1910 a cherché à préciser la fréquence des sacs congénitaux dans les hernies inguinales obliques. HOGG, en 1941 a consacré une étude à la hernie inguinale de l'enfant, LARSEN en 1949 s'est occupé du nourrisson porteur de hernie inguinale. PACKARD et Mac LAUGHLIN, en 1953, montrent les possibilités et les résultats du traitement chirurgical de la hernie inguinale chez le nourrisson et le petit enfant.

RENDLE-SHORT et HARVARD, en 1954, réunissent 45 cas de hernies étranglées et incarcerated chez le nourrisson de moins d'un an, CLATWORTHY et THOMPSON, la même année 1954, s'insurgent contre l'étranglement, risque évitable, de la hernie inguinale du nourrisson. ROTHENBERG et BARNETT en 1955 sont des premiers à effectuer une exploration bilatérale chez des nourrissons et des enfants porteurs d'une hernie inguinale apparemment unilatérale. Dans douze cas, ils trouvent, lors de cette recherche systématique, une hernie contralatérale insoupçonnée, donc il s'agit souvent de hernies inguinales bilatérales. Chez onze autres enfants entre un et quatre ans, une hernie anatomique a été trouvée de l'autre côté dans 64 p. cent des cas. Dans la série de CLAUSEN, JAKE et BINKLEY, qui réunissait 89 enfants de moins de deux ans, présentant des symptômes de hernie unilatérale, l'exploration contralatérale a fait découvrir 51 sacs d'au moins deux centimètres, soit une fréquence de 57 p. cent des cas. FERRAND et PELISSIER en 1955 ont commenté et exposé une technique de cure de hernie inguinale, tandis que l'année suivante

Mac LAUGHLIN et KLEAGER étudient les méthodes de traitement de cette lésion chez le nourrisson et le petit enfant.

KRISTIANSEN et SNYDER, toujours en 1956 s'attachent surtout au problème de la hernie inguinale de la petite fille. FONTANA décrit en 1957 une méthode chirurgicale personnelle, à appliquer surtout à l'adulte. S.R. SCHUSTER au contraire, en 1957 montre comment identifier et traiter la lésion chez le nourrisson et l'enfant. PINTO reprend la question. FISCHER et MOMENTHALER toujours en 1957 posent la question : la herniotomie bilatérale est-elle indiquée chez le nourrisson porteur d'une hernie inguinale unilatérale ? KIESEWETTER en 1958 redoute les complications et conseille la cure chirurgicale précoce. POTTS à son tour pose le problème de l'utilité de l'exploration contralatérale au cours de l'intervention pour hernie unilatérale. GILBERT et CLATWORTHY se déclarent partisans de l'intervention systématiquement double, KIESEWETTER et PARENZAN ne rejettent pas l'exploration bilatérale, mais demandent à en préciser les indications. Mac LAUGHLIN et COE en 1960 reprennent le problème de la hernie inguinale en pédiatrie; LEPAUCHER expose une technique nouvelle : la fermeture du sac par l'intérieur du ventre. SANIULLI et SHAW enfin tout récemment étudient le problème de la hernie inguinale du nourrisson mais rejettent l'intervention contralatérale systématique.

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

--:

a) Age. Dans l'ensemble des cas de hernies inguinales chez l'enfant, on peut dire que plus de la moitié sont vus par le chirurgien au cours de la première année de la vie: 53 p. cent selon une récente statistique.

H.W. CLATWORTHY et THOMPSON fixent à 2 p. cent la fréquence de la hernie inguinale par oblitération imparfaite de la vaginale à l'anneau inguinal interne et à 25 p. cent chez les enfants viables nés prématurés.

Sur leurs 69 cas, 58 avaient moins de deux ans: 39 avaient moins de six mois, et 11 seulement avaient entre 2 et 15 ans.

Dans la série réunie par RENDLE-SHORT et HARVARD il s'agissait de 45 enfants de moins d'un an. Sur 2000 cas collationnés par V.C. PINTO, les âges variaient entre six heures et quinze ans. Le début des symptômes chez 243 observations de KIESEWETTER s'est situé à l'âge de six mois ou avant dans 130 cas, soit une fréquence de 54 p. cent. Quant aux interventions (bilatérales) pratiquées par cet auteur, 52 enfants avaient moins de six mois au moment de l'intervention chirurgicale, 18 avaient entre six et douze mois, et trente entre un et deux ans. Dans

cette nouvelle série, 65 p. cent des enfants de moins de six mois ont été trouvés porteurs de lésions bilatérales. SANTULLI et SHAW enfin ont réuni 1.294 enfants porteurs de hernie inguinale et opérés.

b) Sexe. On sait que la hernie inguinale se voit surtout chez le garçon, avec une prédominance diversement appréciée selon les auteurs: 8 ou 9 garçons pour une fille; pourtant KIESEWETTER trouve une différence de sexe moins importante: 86 garçons et 14 filles opérés. KRISTIANSEN et SNYDER pensent que la hernie inguinale incarcerated est fréquente aussi bien chez la fille que chez le garçon et sur un total de 3.142 cas, 351 concernaient le sexe féminin, soit presque 10 p. cent; 104 des 2.791 hernies chez le garçon ont été étranglées ou incarcerated, ce qui donne une fréquence de 3,7 p. cent chez la fille, sur 351 hernies inguinales, 51 soit 15 p. cent ont été étranglées ou incarcerated. 45 p. cent des hernies chez la fille sont apparues avant l'âge d'un an. Après l'âge d'un an la fréquence des hernies reste assez constante pour toutes les périodes d'âge.

c) Localisation et bilatéralité. C'est là un point qui retiendra notre attention, puisque de cette notion de bilatéralité, le plus souvent inapparente, dépend toute l'attitude thérapeutique à adopter par le chirurgien: cure de la seule hernie visible, ou exploration systématique de la région inguinale contralatérale, ce qui permet, nous allons le voir, de découvrir dans une forte proportion des cas une hernie contralatérale insoupçonnée, ou au moins une zone de moindre résistance de la paroi.

Il faut d'abord distinguer entre hernie simple et hernie étranglée ou incarcerated, cette dernière catégorie fournissant évidemment le gros contingent chirurgical avec intervention d'urgence. C'est d'ailleurs un point de controverse que de fixer la nécessité d'intervenir systématiquement lors de la découverte de la hernie, ou de temporiser, avec les risques des complications susceptibles de survenir lors de cette attente.

RENDLE-SHORT montre que les complications herniaires du nourrisson de moins d'un an ne sont pas rares, et il en a réuni 45 cas. On définit généralement la hernie incarcerated comme une forme de hernie irréductible avec obstruction dans le passage du contenu intestinal. La hernie étranglée est également irréductible, mais en outre il y a obstacle à l'irrigation sanguine de l'anse intestinale. Cliniquement l'incarcération peut être aussi dangereuse que l'étranglement, et il existe des exemples d'évolution mortelle (trois des cinq cas mortels de RENDLE-SHORT ne présentaient pas d'étranglement). Sur ces 45 cas, dont 44 étaient des garçons, la hernie a été trouvée à droite 42 fois, ce qui est constaté par d'autres auteurs. L'auteurs distingue deux groupes de petits malades :

- 29 nourrissons dont la plupart avaient moins de dix semaines, ont présenté des signes d'obstruction intestinale, vomissements, douleur abdominale, distension, constipation, ou parfois émission de mucus sanglant. La hernie ne datait parfois que de quelques heures au moment où les signes d'occlusion sont apparus en fait dans un tiers des cas environ,

les symptômes ont débuté avant que n'apparaissent la hernie, ce qui retarde souvent le diagnostic. Il est possible que la hernie soit méconnue si elle n'est pas recherchée. Les nourrissons ont souvent un pli de graisse inguinal, et la hernie peut être très petite et non perçue. Aussi c'est dans ce groupe de 29 nourrissons qu'ont eu lieu les cinq décès.

Le groupe n° 2 réunit 16 enfants porteurs de hernies irréductibles sans obstruction ou avec seulement des symptômes occlusifs très discrets. Tous ces enfants avaient plus de deux mois et dans tous les cas ou presque, la hernie était déjà connue. Il n'y a pas eu de décès dans ce groupe. On peut dire que la hernie étranglée est la cause la plus fréquente, sinon unique des occlusions intestinales du nourrisson de moins de trois mois. Il faut la rechercher soigneusement dans tout syndrome occlusif aigu.

Mac LAUGHLIN et COE ont réuni 329 cas de hernies inguinales chez le jeune enfant, avec un total de 433 hernies. 90 pour 100 des petits malades, soit 296, étaient de sexe masculin et 10 p. cent des filles. Dans 53 p. cent des cas, la hernie était apparue au cours de la première année de la vie.

Depuis cinq ans (1955-1960) Mac LAUGHLIN explore systématiquement la région inguinale opposée à la hernie, lors des herniorraphies de routine pour hernie "unilatérale" chez les enfants de moins de trois ans. Cette attitude n'est pas adoptée chez les prématurés, s'il y a incarceration, ou existence d'autres

complications représentant des contre-indications à une prolongation de l'intervention.

Cette exploration systématique a permis de décourvrir une hernie contrôlatérale dans 55 p. cent des cas.

- lorsque la hernie initiale, connue, siégeait à droite, la bilatéralité a été de 49,3 p. cent;

- lorsque la hernie initiale, connue, siégeait à gauche, la bilatéralité a été de 69,6 p. cent;

- l'incarcération a été la complication la plus fréquemment observée : dans 84 p. cent des enfants de moins d'un an lors de l'hospitalisation.

KIESEWETTER et PARENZAN ont étudié un premier groupe d'enfants de moins de deux ans, chez qui la hernie paraissait unilatérale, et qu'ils ont opérés des deux côtés, afin de déterminer la fréquence des hernies anatomiques du côté opposé à celui du niveau duquel la hernie était apparente et cliniquement exprimée. Un second groupe de 237 cas concerne des enfants chez qui une herniorraphie a été faite avant l'âge de deux ans; ces petits malades ont été suivis ultérieurement, ou revus, dans le but d'enregistrer les cas dans lesquels une hernie contrôlatérale est ultérieurement survenue.

En cas d'exploration systématique, la présence anatomique d'une hernie a été recherchée sur les critères suivants :

- existence d'un sac de un centimètre ou davantage, au-dessous de l'anneau interne,

ces dimensions devant être atteintes sans qu'aucune traction ne soit exercée sur le sac ni les structures testiculaires, cordons surtout.

Chez les enfants opérés, il a été constaté une fois encore que les hernies à symptomatologie clinique sont beaucoup plus fréquentes à droite qu'à gauche; quatre fois sur cinq, la lésion a débuté à droite. Dans l'exploration contrôlatérale on a trouvé une hernie dans le sens anatomique du terme, alors qu'elle n'avait donné lieu à aucune symptomatologie, dans 57 p. cent des cas. CLAUSEN sur 100 hernies droites, a trouvé lors de l'exploration systématique de la région inguinale gauche, 47 fois une hernie anatomique. Nous avons vu que Mac LAUGHLIN et KLEAGER ont trouvé une réponse positive dans 46 p. cent des régions inguinales contrôlatérales explorées.

Dans 21 cas de KIESEWETTER et PARENZAN la hernie siégeait à gauche: la fréquence d'une hernie anatomique contrôlatérale, à droite, a été de 71 p. cent. CLAUSEN avait trouvé un sac herniaire contrôlatéral dans 50 p. cent des cas, lorsque la hernie primitive siégeait à gauche. Mac LAUGHLIN constate la présence de hernie contrôlatérale droite dans huit des onze cas comportant une hernie inguinale symptomatique gauche.

KIESEWETTER a pu suivre pendant une période de temps allant parfois jusqu'à neuf années, 237 enfants opérés pour hernie inguinale avant l'âge de deux ans. L'intervention avait porté deux fois plus souvent sur la région inguinale droite que sur la région inguinale gauche.

Sur 169 enfants ayant eu une herniorraphie droite, 32 p. cent ont dû ultérieurement être opérés à gauche. Sur 68 enfants ayant eu une herniorraphie gauche, la proportion des interventions contrôlatérales droites, pratiquées ultérieurement a été de 28 p. cent.

KIESEWETTER encore a montré les résultats de l'exploration bilatérale en fonction de l'âge du petit malade au moment de la première herniorraphie. 52 enfants avaient moins de six mois, 18 étaient entre six et douze mois, et 30 entre un à deux ans. 34 (65 p. cent) des enfants de moins de six mois ont été trouvés porteurs de hernie contrôlatérale. Dans le groupe des enfants entre six et douze mois, 10, soit 56 p. cent avaient des lésions contrôlatérales. Dans le groupe des enfants entre un et deux ans, 16, soit 53 p. cent ont eu des explorations contrôlatérales positives. Ces résultats sont superposables à ceux de CLAUSEN qui avait trouvé le maximum de résultats positifs lors de l'exploration contrôlatérale chez le groupe des nourrissons de moins de six mois, où 73 p. cent des enfants avaient une hernie anatomique du côté opposé à la hernie cliniquement exprimée.

Dans le groupe entre six et douze mois, étudié par CLAUSEN 50 p. cent seulement d'explorations inguinales contrôlatérales ont été positives. Dans le groupe d'enfants entre un et deux ans, la recherche d'une hernie anatomique contrôlatérale a été positive dans 37,5 p. cent des cas.

KIESEWETTER a également recherché avec quelle fréquence un enfant opéré d'une hernie inguinale avait ultérieurement une seconde hernie, et à quel moment celle-ci devenait apparente:

Sur ces 237 enfants antérieurement opérés, 74 fois il s'est produit une seconde hernie inguinale.

Dans 31 cas, l'enfant avait moins de six mois lors de la première intervention;

- 17 avaient entre six et douze mois
- 26 étaient entre un et deux ans.

La durée moyenne de l'intervalle de temps écoulé entre la première et la seconde intervention pour hernie a été de 21 mois et demi, avec des extrêmes d'une semaine, et de 84 mois. Il ne semble pas y avoir de rapport entre l'âge auquel la première herniorraphie a été pratiquée, et l'importance du temps écoulé jusqu'à ce que la seconde hernie apparaisse: on trouve des durées diverses et sans règle générale. On peut se demander si en prolongeant la surveillance des enfants opérés, la fréquence de la seconde hernie n'augmenterait pas. Naturellement le nombre total des cas contrôlatéraux augmente avec la prolongation de la surveillance, mais l'augmentation n'est pas additive avec les années d'observation, puisque le risque de voir survenir une hernie contrôlatérale se situe surtout au cours des premières années qui suivent la constitution de la première hernie. Plus on s'éloigne de cette date et moins fréquentes sont les apparitions de hernie contrôlatérale.

La très récente statistique de SANTULLI enfin concerne après une première série de 1.294 enfants opérés entre 1946 et 1956, un second groupe de 359 enfants suivis pendant 5 à 14 ans, en moyenne sept ans et demi; enfin une troisième série de 175 enfants qui depuis 1957 a été

opérée bilatéralement systématiquement, alors que cliniquement la hernie apparaissait unique. L'apparition contrôlatérale d'une seconde hernie à la suite de l'intervention pour la première lésion a été notée dans 114 cas sur 1294, soit 8,8 p. cent; dans 43 des 359 cas, soit 12 p. cent. Du groupe des 359 enfants, seuls ont été retenus les cas qui ont pu être examinés directement de 5 à 14 ans après la première intervention; ont été exclus les cas dont on n'avait que des renseignements par lettre ou par téléphone. Il a été en effet prouvé que ces réponses pouvaient être erronées et des parents ignoraient la hernie contrôlatérale de leur enfant.

Chez les 43 enfants qui représentent l'apparition d'une hernie contrôlatérale dans 12 p. cent des cas de hernie primitive opérée, la seconde lésion a été diagnostiquée dans les 4/5 des cas dans les trois ans qui ont suivi la première intervention chirurgicale. Les autres cas ne sont apparus que quatre à neuf ans après la première herniorraphie; aucune hernie contrôlatérale n'a été découverte au-delà des 10-14 années qui ont suivi la première intervention. Lorsque la hernie initiale siégeait à gauche la seconde lésion est apparue dans 18 p. cent des cas; lorsque la hernie initiale siégeait à droite, la lésion contrôlatérale est apparue dans 11 p. cent des cas.

Chez 175 enfants opérés pour hernie inguinale cliniquement apparente, une exploration systématique de la région inguinale contrôlatérale a été pratiquée, avec des résultats positifs dans 98 cas, soit une fréquence de 56 p. cent. Il s'agissait de 138 enfants de sexe masculin, avec une hernie contrôlatérale dans 50 p. cent des cas;

et de 37 enfants du sexe féminin, avec une exploration contrôlatérale positive dans 78 p. cent des cas. M. GILBERT et H.W. CLATWORTHY jr ont eux aussi constaté la prédominance des explorations contrôlatérales positives chez les petites filles, alors que la fréquence des hernies inguinales dans leur ensemble est tellement plus élevée chez le garçon. Dans ce groupe également, la fréquence des explorations contrôlatérales positives a été légèrement plus grande lorsque la hernie cliniquement apparente siégeait à gauche: une lésion contrôlatérale étant trouvée dans 57 p. cent des cas de hernie primitive gauche, et dans 50 p. cent des hernies primitives droites. Mais cette différence provient surtout du fait que l'exploration contrôlatérale a été plus rarement faite au début de cette étude, lorsque la hernie primitive siégeait à droite.

Chez trente enfants de plus de quatre ans l'exploration contrôlatérale a été considérée comme positive dans 47 pour cent des cas. L'enfant examiné le plus âgé de la série avait 13 ans: il existait une hernie contrôlatérale.

SANTULLI et SHAW ont appelé positive l'exploration qui a mis en évidence une projection du péritoine très au-dessous du niveau de l'anneau inguinal, sans traction du cordon.

Les traités classiques indiquent que 15 à 20 pour cent de toutes les hernies inguinales indirectes sont bilatérales. C'est sans doute ce qui explique les grandes différences notées dans l'appréciation de la fréquence d'une hernie contrôlatérale ultérieure: entre 3 p. cent et 31 p. cent.

Il s'agissait en somme dans un certain nombre des cas de hernies bilatérale d'emblée.

Les études les plus récentes portent sur un grand nombre d'enfants et la fréquence de la bilatéralité des hernies inguinales a paru plus faible que celle qui avait été calculée chez les enfants plus âgés. Chez les nourrissons les plus jeunes, les hernies bilatérales d'emblée sont plus rarement constatées: dans 8 p. cent des cas seulement pour un groupe de 1294 enfants et un groupe de 359 enfants étudiés par SANTULLI. Et puisque dans le jeune âge, la bilatéralité d'emblée est rare, l'apparition d'une hernie contrôlatérale ultérieure sera plus fréquente que chez le plus grand enfant, opéré plus souvent des deux côtés puisque la hernie a été bilatérale; tout côté opéré a en effet peu de chances de donner lieu à une récurrence. Puisqu'il a été déjà traité il n'y aura pas à son niveau de hernie contrôlatérale. C'est ainsi que :

- sur 359 enfants, 28 seulement, soit 8 p. cent, ont eu une hernie bilatérale d'emblée, et simultanément opérée. A Noter que la hernie initiale a été cliniquement constatée à droite dans 230 cas et en cours d'intervention l'exploration a porté sur l'autre côté; et dans 101 cas la hernie initiale siégeait à gauche, avec opération ultérieure à droite. On a pu se demander si le siège, droit ou gauche, de la hernie initiale avait de l'importance dans l'apparition ultérieure d'une hernie contrôlatérale. Lorsque la première lésion a été à droite, 18 fois soit 43 p. cent des cas, il y a eu seconde lésion, contrôlatérale, à gauche. Lorsque la hernie a été d'abord constatée à gauche, une lésion est survenue ultérieu-

rement à droite dans 12 p. cent des cas. Sur ces 359 enfants étudiés, il y a donc eu au total 71 cas de hernies bilatérales, soit d'emblée soit, plus souvent, successivement. Si ce mode de calcul était appliqué aux 1294 enfants étudiés et suivis par SANTULLI, le total des cas bilatéraux, d'emblée et successifs serait de 16,8 p. cent.

D'autres auteurs ont trouvé des proportions plus élevées encore de hernies contralatérales ultérieures chez des enfants opérés pour une lésion primitive avant l'âge de deux ans: 31 p. cent, et dans une dernière série de 158 enfants de moins de deux ans, l'apparition d'une seconde hernie plus ou moins longtemps après la première a été constatée dans 12 p. cent des cas par SANTULLI et SHAW.

Les chances de voir survenir ultérieurement une hernie contralatérale après la cure chirurgicale d'une première lésion peuvent donc être approximativement prévues pour chaque tranche d'âges. Il est également possible de calculer que les chances de trouver une hernie contralatérale lors de l'exploration systématique de la région inguinale paraissant indemne, au cours d'une cure chirurgicale d'une hernie cliniquement reconnue, ces chances ne peuvent dépasser 20 pour cent. Par contre, la fréquence des hernies bilatérales, cliniquement parlant, d'emblée, simultanément, est plus faible, de l'ordre de 5 à 10 pour cent pour les très jeunes nourrissons. Lorsqu'une seule hernie est cliniquement présente, l'exploration chez ces très jeunes nourrissons révélera une lésion contralatérale anatomique, cliniquement silencieuse dans 10 à 15 pour cent. Autrement dit, le chirurgien qui pratiquera

systématiquement une exploration de l'autre côté ou trouvera une hernie ou des conditions anatomiques à rectifier pour éviter la hernie une fois sur 7 à 10 interventions. Chez les enfants plus âgés, cette proportion sera encore plus faible. Ces chiffres incitent SANTULLI à conclure qu'ils sont trop faibles pour commander une exploration contrôlatérale systématique.

Conclusions opposées, par conséquent, à celles de KIESEWETTER pour qui une hernie contrôlatérale infra-clinique est trouvée dans 60 p. cent des cas concernant de très jeunes nourrissons, alors que dans un autre groupe, chez qui la première intervention avait eu lieu avant l'âge de deux ans, une intervention contrôlatérale ultérieure a été nécessaire dans 31 p. cent des cas.

Il semble donc difficile d'aboutir à des conclusions définitives. Les deux groupes d'auteurs en opposition sont tous deux américains; et l'on connaît la fréquente position interventionniste de certains chirurgiens d'Outre Atlantique. On comprend alors qu'une autre Ecole de même pays se soit opposé à une intervention systématique. En France, les positions sont beaucoup plus nuancées, et tiennent compte des données fournies par chaque cas particulier. Mais les travaux que nous venons d'exposer ont un gros intérêt pratique; celui de souligner la possibilité d'une hernie anatomique contrôlatérale sans manifestations cliniques chez un enfant porteur d'une lésion évidente et à opérer. Ils mettent également l'accent sur la possibilité de voir ultérieurement une récurrence contrôlatérale de la hernie antérieurement opérée.

CONDUITE A TENIR

-:-

La hernie inguinale du jeune enfant est pratiquement toujours congénitale; et elle est due à la perméabilité persistante du canal péritonéo-vaginal. C'est donc par la ligature de ce canal que la cure sera essentiellement obtenue. Sur cette intervention de base, de nombreuses variantes ont été proposées, et surtout de multiples procédés ayant pour but d'éviter la récurrence. Celle-ci qu'il s'agisse du procédé de BASSINI ou de l'opération de HALSTED, provient de l'insuffisance, de l'usure, du tiraillement, voire même de la rupture de l'arcade crurale.

On sait que dans les conditions normales, la sangle musculo-aponévrotique postérieure se moule sur les mouvements de la paroi et répond aux pressions intra-abdominales. Tant que cette sangle reste intacte, ou si elle n'est affectée d'aucune anomalie congénitale, les hernies externes ne se produisent pas. Elles n'apparaissent que lorsque la couche fibreuse superficielle est ou devient insuffisante. La sangle musculo-aponévrotique de la paroi postérieure, mobile, et glissant derrière la couche fibreuse externe, se rompt, ou est d'emblée séparée congénitalement, elle s'engage alors, en doigt de gant, en face d'une solution de continuité de la paroi externe.

L'anneau inguinal et ses piliers constituent

un système normalement bien adapté, ce qui permet la sortie et le respect de l'inté-
grité du cordon. Ce système comporte trois
éléments:

- le ligament postérieur de COLLIER;
- le pilier supérieur ou interne fixe, ré-
sistant, solide, fixé à la ligne blanche et
à la face antérieure du pubis;
- la portion postéro-interne de l'arcade
crurale formée du pilier externe, du li-
gament de GIMBERNAT et des fibres iléopu-
biennes de THOMPSON. L'arcade forme un
canal concave en haut où se loge chez le
garçon le cordon inguinal.

L'élément externe du système est relié
à la paroi abdominale par les fibres arci-
formes de l'aponévrose du grand oblique: les
fibres en sautoir. Que ces fibres soient
détruites, affaiblies, ou congénitalement
insuffisantes, le système s'affaisse, la
hernie augmente de volume.

Dans la pathogénie des hernies inguinales,
le rôle de ce système n'a pas toujours été
apprécié à sa réelle valeur par les chirur-
giens; aussi FONTANA a-t-il mis au point une
technique opératoire simple mais qui ne
touche pas aux muscles de la paroi posté-
rieure et qui laisse le cordon en place.

Après une incision cutanée débutant sur
la ligne médiane au niveau de la partie
moyenne du pubis et prolongée en forme
curviligne parallèlement au pli inguinal,
la région opératoire est bien exposée et
permet l'ouverture du canal inguinal par
division de l'aponévrose du grand oblique
sur le bord inférieur du pilier supérieur.

Si la hernie est directe, on extirpe le sac lipomateux; si la hernie est oblique externe, on libère le sac, on pratique une double ligature et une résection. Puis on ferme soigneusement le fascia transversalis, en posant la face postérieure de l'arcade crurale, en avant des fibres iléo-pubiennes, afin de conserver intacte l'insertion du fascia transversalis. FONTANA incise l'aponévrose du grand oblique, à 1,5 - 2 cm au-dessus du pilier supérieur de l'orifice inguinal externe et parallèlement à l'incision primitive. Il obtient ainsi une bandelette aponévrotique qui reste fixée à ses extrémités interne et externe. Il glisse alors le bord inférieur de cette bandelette sur le plan postérieur musculo-aponévrotique du petit oblique et du transverse, et le fixe à la face postérieure de l'arcade, le cordon restant par conséquent en place pendant ce temps opératoire. On termine par la suture du lambeau inférieur de la même aponévrose. La bandelette constituée chirurgicalement par le lambeau d'aponévrose est ainsi ensevelie sous le dernier plan et recouvre le triangle de HESSERT. L'arcade crurale est ainsi solidaire de la ligne médiane, l'anneau superficiel ou externe étant reconstruit. Le nouveau système orificiel est recouvert par l'aponévrose du grand oblique. En fin d'intervention, le cordon peut être recouvert jusqu'au troisième anneau, dit de BERAUD sur une étendue de 2 à 3 cm. FONTANA souligne l'originalité de ce procédé entièrement différent des techniques antérieures et qui ne touche pas aux muscles de la paroi postérieure et laisse le cordon en place. Il faut pourtant souligner que cette méthode ne trouve pratiquement pas ses indications chez l'enfant, à moins qu'il ne s'agisse de formes récidivantes ou incoercibles, avec destruction de l'arcade crurale. Dans les

hernies inguinales simples sans descente inguino-scrotale, l'extirpation du sac, selon le procédé de FELIZET, en abordant la région à travers l'aponévrose du grand oblique au-dessus du pilier interne, en laissant en place le système orificiel, est l'opération de choix.

Les méthodes classiques comportent un risque de récurrences qui est estimé à 10 ou 15 p. cent des cas opérés. C'est pourquoi des procédés plastiques de cure de la hernie directe ont été proposés, sans que leurs auteurs précisent si elle est applicable à l'enfant. GROCOTT utilise des greffes libres fournies par le fascia lata, le greffon étant appliqué sur le canal inguinal puis plicaturé et suturé à l'arcade. Une couche de la greffe, postérieure, recouvre et double le fascia transversalis défectueux, une couche antérieure en avant du cordon qui est disposé dans son nouveau lit formé par le pli de la greffe: il est ainsi engainé d'un véritable manchon.

FERRAND et PELISSIER, d'Alger, reprochent aux techniques classiques de permettre la récurrence, et à la méthode de BASSINI de ne pas respecter l'anatomie et la physiologie de la région inguinale. Le procédé de Mac VAY, abaissement du tendon conjoint au ligament de Cooper referme l'arc musculaire du tendon conjoint qui se contracte à l'effort selon une ligne de force parallèle à l'arcade crurale et obture l'orifice compris entre l'arc musculaire et le Cooper. Le passage du cordon dans cet espace est la cause de la faiblesse pariétale fréquemment observée lorsqu'un sac péritonéal congénital va persister ou en cas de hernie directe. Le procédé de l'abaissement du conjoint de Cooper a grandement amélioré la cure des hernies en diminuant considérablement les récurrences.

Chez le petit enfant, dont la hernie inguinale est pratiquement toujours congénitale, le défaut est la perméabilité persistante du canal péritonéo-vaginal; la cure consiste donc essentiellement dans la ligature de ce canal. LARDENNOIS a proposé, pour la réaliser la fermeture du sac par voie endopéritonéale :

- par une incision de Potts transversale on incise l'aponévrose du grand oblique sans toucher à l'orifice inguinal externe,

- le canal inguinal est visible à l'angle inférieur de l'incision, le point électif pour la dissociation musculaire est à 3 ou 4 mm au-dessus du milieu de l'arcade. Le péritoine pariétal est ouvert, l'orifice fermé après refoulement des éléments du cordon. Cette fois il n'est rien pratiqué sur le conjoint et l'arcade. Cette technique a été appliquée dans le très jeune âge et jusqu'à 14 ans par LEFAUCHER qui ne possède pas de recul d'observation suffisant pour juger des résultats éloignés.

GIIMORE réalise la cure bilatérale, systématiquement, puisqu'il adopte l'opinion d'une lésion contrôlatérale fréquente quoique cliniquement silencieuse: après ouverture du sac herniaire apparent, un petit cathéter est introduit dans la cavité péritonéale et dirigé vers l'orifice inguinal profond opposé. Par cette sonde on injecte 5 cc d'air après avoir incliné la table en léger Trendelenburg; la sonde est ensuite retirée et la cure de la hernie achevée. Cette injection d'air faciliterait l'identification du sac opposé et réduirait ainsi la durée du second temps opératoire, retirant ainsi un des arguments dont se servent les adversaires de l'intervention bilatérale systématique.

PINTO, qui pratique la ligature haute du sac herniaire et une suture musculo-aponévrotique, n'a eu, sur 2.000 cas opérés ni complications ni récidives: toute hernie inguinale de la petite enfance doit être chirurgicalement traitée dès son diagnostic. CLATWORTHY indique la fréquence des formes compliquées au moment de l'hospitalisation de l'enfant: sur 940 hernies inguinales indirectes, 134 étaient étranglées ou incarcérées lors de l'entrée du petit malade. 65 fois il y a eu réduction spontanée, et 69 fois intervention d'urgence. Dans 20 cas la paroi intestinale et le mésentère présentaient de la cyanose, de l'œdème, des ecchymoses; il existait un épanchement péritonéal jaune paille. Dans onze cas, l'anse intestinale était rouge sombre ou noirâtre et l'épanchement séro-sanglant. Dans quatre cas, le segment intestinal était vraisemblablement gangreneux, mais une fois élargi l'orifice interne et levé la pression constrictrice, l'aspect de l'anse s'améliora, et il ne fut pas nécessaire de procéder à une résection. Sur ses 940 cas, CLATWORTHY ne compte qu'un décès, concernant un prématuré de 2700 gr chez qui une occlusion intestinale existait depuis 48 heures.

Il est hors de doute qu'avec les progrès de la chirurgie infantile, il est beaucoup moins dangereux d'opérer un nourrisson atteint de hernie inguinale, que de lui laisser courir le risque d'une complication de la lésion; à ce moment, l'intervention est faite d'urgence, dans de mauvaises conditions avec parfois nécessité d'une résection intestinale.

Si l'unanimité est faite sur ce point, elle ne l'est pas toujours sur la question de la bilatéralité et de la hernie et de l'intervention.

KIESEWETTER et PARENZAN pensent que lorsqu'on pratique la cure d'une hernie inguinale, il faut explorer l'autre côté. Cette double intervention, selon eux n'augmente ni la mortalité, ni la morbidité de l'opération unilatérale par ce que ce second temps ne demande pas plus de 15 à 20 minutes; par contre si on n'explore pas le second côté on expose un certain nombre d'enfant à une seconde intervention, ultérieure, à une seconde hospitalisation, à une seconde anesthésie, ce qui constitue des chances de voir augmenter les complications. Sans parler des facteurs économiques, puisque les frais sont doublés lorsque les deux interventions sont faites isolément, alors que pour l'enfant le choc émotionnel est certain.

Des calculs ont permis à KIESEWETTER de démontrer que le nombre des cures chirurgicales de hernie était considérablement diminué par la pratique systématique de l'exploration contrôlatérale d'emblée, puisqu'un tiers au moins des enfants opérés unilatéralement ont dû être réopérés pour hernie controlatérale ultérieure. Et il conclut à la nécessité de la herniorraphie bilatérale chez tous les enfants de moins de deux ans.

SANTULLI et SHAW, au contraire, pensent que si toute hernie découverte chez le jeune enfant réclame la cure chirurgicale sans temporisation, l'exploration contrôlatérale devra être purement clinique; l'exploration chirurgicale n'étant entreprise que si la symptomatologie est en faveur d'une hernie, s'il existe un hydrocèle, un net épaissement du cordon spermatique faisant supposer la présence d'un sac herniaire; mais l'exploration systématique n'est pas recommandée.

CONCLUSIONS

-:-

I. La hernie inguinale, habituellement congénitale est une affection très fréquente chez l'enfant de moins d'un an. Les progrès de la chirurgie infantile en permettent la cure facile, à condition qu'elle soit rapidement entreprise, avant que ne surviennent de possibles et redoutables complications d'incarcération et d'étranglement.

II. Si l'unanimité est faite sur la nécessité d'opérer les hernies du jeune âge dès qu'elles sont diagnostiquées, les opinions divergent sur l'indication d'une exploration chirurgicale systématique de la région inguinale contrôlatérale en cas de hernie unilatérale.

III. Les partisans de l'exploration systématique de la région inguinale opposée à la hernie cliniquement apparente se fondent sur les arguments suivants :

- très grande fréquence d'un sac herniaire inapparent, ou au moins d'une faiblesse de la paroi permettant la constitution d'une hernie authentique ultérieure,

- très grande fréquence en effet (un tiers des cas) de l'apparition, chez un enfant opéré pour hernie unilatérale, d'une lésion contrôlatérale ultérieure, nécessitant une nouvelle intervention,

- bénignité de l'intervention d'emblée bilatérale, dont la durée n'est augmentée que de 15 à 20 minutes, alors que les risques opératoires, an sth siques, l'hospitalisation, les frais, le choc émotionnel pour l'enfant, restent ce qu'ils sont pour une intervention unilatérale.

IV. Les adversaires de l'intervention bilatérale systématique pensent qu'un examen clinique soigneux doit pouvoir établir l'existence ou l'absence d'un sac herniaire contr lat ral, et que dans cette seconde éventualité, l'exploration chirurgicale systématique est inutile. Mieux vaut risquer la chance d'être dans les 66 p. cent de cas qui resteront unilatéraux.

--

Vu:
Le Président :
signé: FEVRE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : J.H.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- H.W. CLATWORTHY jr, A.G. THOMPSON
Incarcerated and strangulated inguinal hernia in infants: a preventable risk.
Journ.Amer.Med.Assoc.CLIV pages 123-126 9 janvier 1954.
- E.G. CLAUSEN, R.J. JAKE, F.M. BINKLEY
Controlateral inguinal exploration of unilateral hernia in infants and children
Surgery XLIV pages 735-740 oct.1958
- J. FERRAND, G. PELISSIER
Une technique de cure des hernies inguinales.
Presse Méd.CXIII page 6 1er janvier 1955
- R. FISCHER, A. MUMENTHALER
Ist bilaterale herniotomie bei Säuglingen und Kleinkindern mit einseitiger Leisternhernie angezeigt ?
Hel.Chir.Acta.XXIV pages 346-350 oct. 1957
- M. GILBERT, H.W. CLATWORTHY jr
Bilateral operations for inguinal hernia and hydrocele in infancy and childhood.
Ame.Journ.Surg.XCVII pages 255-259 mars 1959.

W. HESSERT

Frequency of congenital sacs in oblique inguinal hernia
Surg.Gynec.Obstet.X pages 252-256 mars 1910

B.M. HOGG

Inguinal hernia in children
Surg.Clin.N.Amer.XXI pages 425-431

W.B. KIESEWETTER .

Early surgical correction of inguinal hernias in infancy and childhood
Amer.Med.Journ.Dis.Chil.XCVI pages 362-367 septembre 1958

W.B. KIESEWETTER, L. PARENZAN

When should hernia in the infant be treated bilaterally
Journ.Amer.Med.Assoc.CLXXI pages 287-290 19 septembre 1959.

C.T. KRISTIANSEN, W.H.SNYDER jr

Inguinal hernia in female infants and children
West Journ.Surg. LXIV pages 481-484 sept.1956

R.M. LARSEN

Inguinal hernia in infancy and early childhood
Surgery XXV pages 307-328 fev.1949

C.W. Mc LAUGHLIN jr, J.D. COE

Inguinal hernia in pediatrics patients
Ame.Journ.Surg. XCIX pages 45 - 47 janv. 1960

C.W. LAUGHLIN jr, C. KEAGLER

The management of inguinal hernia in infancy and early childhood.
Amer.Med.A.Journ.Dis.Child.XCII pages 266-271 sept.1956

C. LEFAUCHER

Une technique nouvelle pour la cure chirurgicale de la hernie inguinale de l'enfant: la fermeture du sac par l'intérieur du ventre.

Thèse Paris 1960

G.B. PACKARD, C.W. Mac LAUGHLIN jr

Treatment of inguinal hernia in infancy and childhood

Surg.Gynec.Obstet.XCVII pages 603-607
novembre 1953

P. PERRUCHIO, J. SOUTOUL, L. MOLLARET, DEJUS-SIEU.

Cordon spléno-testiculaire et hernie inguinale. Hypothèses embryologiques à propos d'une observation rare.

Presse Méd.CXV pages 138-140 23 janvier 1957.

V.C. PINTO

Inguinal hernia in childhood

Pediatra Pratica janvier 1957

W.J. POTTS

Should both inguinal canals be explored in child with inguinal hernia.

Medical forum.

Mod.Med.XXVII pages 41-42 juin 1959

J. RENDLE-SHORT, C. HARVARD

Incarcerated and stangulated inguinal hernia in first year of life; report on 45 cases.

Brit.Med.Journ.I pages 1680-1682

20 mars 1954.

R.E. ROTHENBERG, T. BARNETT

Bilateral herniotomy in infants and children

Surgery XXXVII pages 947-950 juin

1955 correction XXXVIII pages 453

Août 1955

T.V. SANTULLI, A. SHAW

Inguinal hernia; infancy and childhood
Journ.Amer.Med.Assoc.CLXXVI pages 110
113 15 avril 1961

S.R. SCHUSTER

Recognition and management of inguinal
hernia in infants and children
Quart.Rev.Pediat.XII pages 201-203 Nov.
1957

W.H. SNYDER jr, L. CHAFFIN

Surgical management of undescended tes-
te report of 363 cases.
Journ.Amer.Med.Assoc.CLVII pages 129-
132 8 Janvier 1955.

VELARDE PEREZ FONTANA

Nouvelle méthode pour le traitement
des hernies inguinales
Presse Méd.CXV pages 1503-1505 21
Septembre 1957.

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
I. Introduction.....	17
II. Historique.....	20
III. Circonstances étiologiques	23
a) âge.....	23
b) sexe.....	24
c) localisation et bilatéralité.....	24
IV. Conduite à tenir.....	36
V. Conclusions.....	43
VI. Bibliographie.....	45

-:-

SERMENT

--:

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui ne seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--:

